

# Formulario de Incorporación/Cambio/ Addition/Termination Change Form

Escriba en letra de imprenta y clara  
con un bolígrafo de tinta negra o azul/  
Please print neatly using black  
or blue ballpoint pen

P. O. Box 7085, Bridgeport CT 06601 • 1-800-444-6222  
En el área para empresas (Employers) de nuestro sitio de Internet [www.oxfordhealth.com](http://www.oxfordhealth.com)  
se pueden realizar muchas transacciones/Many transactions can be completed online at  
the employer area of our website [www.oxfordhealth.com](http://www.oxfordhealth.com)

TODAS LAS FECHAS DEBEN ESTAR  
EN ESTE FORMATO: MM/DD/AAAA  
ALL DATES MUST BE: MM/DD/YYYY

## A. Información del Empleado/Empresa (La empresa debe llenar esta sección)/ Employer/Employee Information (To be completed by the employer)

Número de Identificación del Grupo/Group ID Number:	Nombre del Grupo/Group Name:
Número de Identificación del Seguro del Empleado/Employee Insurance ID Number:	Firma de la Empresa/ Employer Signature
Nombre del Empleado/Employee Name:	Fecha/Date / /

B. Transacción/ Transaction	Fecha de Vigencia/ Effective Date	Información Requerida/Required Information	
<input type="checkbox"/> <b>Cancelación/Termination</b>	/ /	<b>Quién/Who:</b> <input type="checkbox"/> Empleado/Employee <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja/Spouse/Partner <input type="checkbox"/> Dependiente(s)/Dependent(s) <input type="checkbox"/> Adulto Joven de NY/NY Young Adult	<b>Razón/Reason:</b> <input type="checkbox"/> Dejó la Empresa/Left Employer <input type="checkbox"/> Cancelar COBRA/Discontinue COBRA <input type="checkbox"/> Cambió de Plan/Switched Plans <input type="checkbox"/> Cancelar NY Young Adult (Adulto Joven de New York)/ Discontinue NY Young Adult <input type="checkbox"/> Otro/Other:
<input type="checkbox"/> <b>Cambio/Change</b> Los cambios de dirección se pueden hacer en línea o llamando a Oxford./Address changes can be done online or by calling Oxford.	/ /	<b>Quién/Who:</b> Fecha de Vigencia/Effective Date: / / Apellido/Last Name: Nombre/First Name: Otro/Other:	<b>N.º del Seguro Social/SS#:</b> Fecha de Nacimiento/Date of Birth: / / Inicial del 2.º Nombre/Middle Initial: Sexo/Gender: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<input type="checkbox"/> <b>COBRA o Continuación del Estado/COBRA or State Continuation</b>	/ /	<b>Quién/Who:</b> <input type="checkbox"/> Empleado/Employee <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja/Spouse/Partner* <input type="checkbox"/> Dependiente(s)/Dependent(s)*	<b>Razón/Reason:</b> <input type="checkbox"/> Dejó la Empresa/Left Employer <input type="checkbox"/> Reducción de Horas/ Hours Reduction <input type="checkbox"/> Otro/Other: Fecha del Evento/ Date of Event: / /
<input type="checkbox"/> <b>Transferencia/Transfer</b> Llene toda la sección/ Complete entire section	/ /	<b>CSP del Nuevo Plan/New Plan CSP:</b>  <b>Nuevo Grupo de Facturación/New Billing Group:</b>  <b>Razón/Reason:</b>	<b>Subsidio de Medicamentos para Jubilados/ Retiree Drug Subsidy:</b> <input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No  <b>Trabajador Activo/Actively Working:</b> <input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No  <b>Inscrito en Medicare Parte/Enrolled in Medicare Part:</b> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D
<input type="checkbox"/> <b>Incorporación/Addition</b> Llene QUIÉN, RAZÓN y la SECCIÓN C a continuación/ Complete WHO, REASON and SECTION C below	/ /	<b>Quién/Who:</b> <input type="checkbox"/> Cónyuge/Spouse <input type="checkbox"/> Unión Civil/Civil Union <input type="checkbox"/> Pareja de Unión Libre/ Domestic Partner <input type="checkbox"/> Dependiente(s)/Dependent(s)	<b>Razón/Reason:</b> <input type="checkbox"/> Inscripciones Abiertas/ Open Enrollment <input type="checkbox"/> Pérdida de Cobertura/ Loss of Coverage <input type="checkbox"/> Nacimiento/Adopción/ Birth/Adoption <input type="checkbox"/> Otro/Other: <input type="checkbox"/> Fecha de Matrimonio/ Date of Marriage <input type="checkbox"/> Fecha de Unión Civil/ Date of Civil Union <input type="checkbox"/> Fecha de Unión Libre/ Date of Partnership

\*Se requiere un Nuevo Formulario de Inscripción del Miembro para: Pérdida del Estado de Dependiente, Divorcio/Separación o Fallecimiento del Suscriptor./A New Member Enrollment Form is required for: Loss of Dependent Status, Divorce/Separation, or Death of Subscriber.



<b>C. Información Adicional/ Additional Information</b>		<b>Cónyuge/Spouse</b>	<b>Dependiente/Dependent</b>	<b>Dependiente/Dependent</b>
Número del Seguro Social/Social Security Number:				
Apellido/Last Name:				
Nombre, Inicial del 2.º Nombre/ First Name, Middle Initial:				
Fecha de Nacimiento: (MM/DD/AAAA)/ Date of Birth: (MM/DD/YYYY)		/ /	/ /	/ /
Sexo y Estado de Discapacidad/ Gender and Disability Status:		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> Discapacitado/Disabled	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> Discapacitado/Disabled	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> Discapacitado/Disabled
N.º de Identificación del Médico de Atención Primaria (PCP)/ Primary Care Physician (PCP) ID Number: Nombre del PCP: (Si es un paciente actual, marque "Sí")./PCP Name: (If an existing patient, check "Yes").		<input type="checkbox"/> Sí/Yes	<input type="checkbox"/> Sí/Yes	<input type="checkbox"/> Sí/Yes
Marque todas las opciones que correspondan/ Check all that apply:		<input type="checkbox"/> Empleado activo/ Actively employed <input type="checkbox"/> Empleado inactivo/ Not actively employed	<input type="checkbox"/> Estudiante a Tiempo Completo (De 19 a 23 Años)/ Full-time Student (Age 19 - 23)	<input type="checkbox"/> Estudiante a Tiempo Completo (De 19 a 23 Años)/ Full-time Student (Age 19 - 23)
Compañía de Seguros Anterior/ Prior Carrier La cobertura que tuvo antes de ésta./ What coverage you had prior to this.		Número de Póliza/ Policy Number: Compañía de Seguros/Carrier: Desde/From Date: Hasta/Thru Date:	/ / / /	/ / / /

<b>D. Coordinación de Beneficios/ Coordination of Benefits</b>		<b>Cónyuge/Spouse</b>	<b>Dependiente/Dependent</b>	<b>Dependiente/Dependent</b>
Medicare Marque la casilla correspondiente e indique la fecha de vigencia/Check appropriate box and list effective date:		<input type="checkbox"/> Parte A/Part A / / <input type="checkbox"/> Parte B/Part B / / <input type="checkbox"/> Parte D/Part D / /	<input type="checkbox"/> Parte A/Part A / / <input type="checkbox"/> Parte B/Part B / / <input type="checkbox"/> Parte D/Part D / /	<input type="checkbox"/> Parte A/Part A / / <input type="checkbox"/> Parte B/Part B / / <input type="checkbox"/> Parte D/Part D / /
Cobertura Farmacéutica/ Pharmacy <input type="checkbox"/> Igual para todos/ Same for all Fecha de Vigencia/ Effective Date: / /		Número de Póliza/ Policy Number: Compañía de Seguros/Carrier: Titular de la Póliza/ Policy Holder: Número del Grupo/ Group Number: BIN: PCN:	/ / / / / / / / / / BIN: PCN:	/ / / / / / / / / / BIN: PCN:
Médico/Medical <input type="checkbox"/> Igual para todos/ Same for all		Número de Póliza/ Policy Number: Compañía de Seguros/Carrier: Titular de la Póliza/ Policy Holder: Fecha de Vigencia/ Effective Date:	/ / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / /

TODA PERSONA QUE INCLUYA INFORMACIÓN FALSA O ENGAÑOSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO ESTÁ SUJETA A SANCIONES CIVILES Y PENALES/  
ANY PERSON WHO INCLUDES ANY FALSE OR MISLEADING INFORMATION ON AN APPLICATION FOR INSURANCE IS SUBJECT TO CRIMINAL AND CIVIL PENALTIES

Firma del Empleado/Employee Signature

Fecha/Date

X

MS-07-422ES

COPIA BLANCA/WHITE COPY: COMPAÑÍA DE SEGUROS/INSURER

COPIA AMARILLA/YELLOW COPY: EMPLEADO/EMPLOYEE

003 REV 7  
UHCNY495132-000  
9/10